

Grupo Comunitário de Saúde Mental: centralidade da pessoa humana no processo de formação profissional

Mental Health Community Group: centrality of the human person in the professional education process

Bruna Cardoso Pinheiro¹, Sergio Ishara², Carmen Lúcia Cardoso³

Pinheiro BC, Ishara S, Cardoso CL. Grupo Comunitário de Saúde Mental: centralidade da pessoa humana no processo de formação profissional / *Mental Health Community Group: centrality of the human person in the professional education process*. Rev Med (São Paulo). 2019 mar.-abr.;98(2):120-31.

RESUMO: O presente estudo teve como objeto o Programa Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM), desenvolvido na cidade de Ribeirão Preto – SP, que atua como estratégia de ampliação e diversificação das modalidades de cuidado em Saúde Mental e como espaço de formação de profissionais de saúde. Objetivou-se compreender as ressonâncias e desdobramentos, no percurso de formação profissional, da participação de estudantes e profissionais em formação em saúde/saúde mental no Programa GCSM. Trata-se de pesquisa qualitativa de natureza exploratória, que utilizou como método a Análise de Conteúdo Temática e como instrumento a entrevista aberta. Participaram dessa pesquisa: cinco estudantes das áreas de Enfermagem, Terapia Ocupacional e Fisioterapia e dez profissionais em formação das áreas de Psicologia, Medicina e Serviço Social, totalizando 15 participantes. A análise do *corpus* possibilitou a construção de três categorias: 1) Contextos de formação profissional em saúde; 2) Experiências de formação e (trans)formação no espaço do GCSM; 3) Para além das fronteiras do GCSM: desdobramentos da experiência vivida. A análise das entrevistas aponta um processo formativo em saúde ainda predominantemente centrado nos aspectos técnico-instrumentais, com pouco espaço para subjetividade e intersubjetividade presentes no cuidado. Nesse contexto, o GCSM, ao promover um exercício continuado de atenção às experiências humanas, por meio da reflexão e do encontro entre pessoas contribui para o resgate da perspectiva humana do cuidado na formação em saúde/saúde mental, auxiliando estudantes e profissionais na compreensão da condição humana e no desenvolvimento de recursos afetivos e relacionais, indispensáveis tanto no cuidado ao outro como no autocuidado do profissional. O presente estudo pode contribuir com a reflexão e instrumentação de métodos de formação realizada em serviços-escola, buscando ampliar a compreensão acerca dos desafios envolvidos na produção de uma formação humanística no campo da saúde.

Descritores: Saúde mental; Capacitação de recursos humanos em saúde; Educação superior; Promoção da saúde; Educação em saúde.

ABSTRACT: The object of the present study was the Mental Health Community Group Program (MHCG), developed in the city of Ribeirão Preto, state of São Paulo, which works as a strategy for expanding and diversifying care modalities in mental health and as an educational space for health professionals. The objective was to understand the relevance and unfolding, in the course of the professional education, of the participation of students and health/mental health professionals in training in the MHCG Program. Exploratory qualitative research was conducted, using thematic content analysis as the method and open interviews as an instrument. The study participants were: five students from the areas of Nursing, Occupational Therapy and Physiotherapy and ten professionals in training from the areas of Psychology, Medicine and Social Work, totaling 15 participants. The corpus analysis allowed the construction of three categories: 1) Contexts of professional education in health; 2) Formation and (trans)formation experiences in the MHCG space; 3) Beyond the boundaries of the MHCG: unfolding of the lived experience. The analysis of the interviews indicates an education process in health that remains predominantly focused on technical-instrumental aspects, with little space for the subjectivity and intersubjectivity present in care. In this context, the MHCG, by promoting a continuous exercise of attention to human experiences through the reflection and the encounter among people, contributes to the recovery of the human perspective of care in health/mental health education, helping students and professionals to understand the human condition and to develop affective and relational resources, which are indispensable both in the care of others and in the professional's self-care. This study can contribute to the reflection and instrumentation of educational methods used in school services, seeking to broaden the understanding of the challenges involved in the production of humanistic education in the health field.

Keywords: Mental health; Health human resource training; Higher education; Health promotion; Health education.

Trabalho derivado de Dissertação de Mestrado realizada junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, cuja pesquisa foi financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

1. Mestra em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3110-3331>. E-mail: bruna_cardoso_pinheiro@hotmail.com.
2. Psiquiatra do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9661-1986>. E-mail: ishara@hcrp.usp.br.
3. Professora Associada do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8422-8453>. E-mail: carmen@ffclrp.usp.br.

Endereço para correspondência: Carmen Lúcia Cardoso. Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto, SP. CEP: 14040-901. E-mail: carmen@ffclrp.usp.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, o debate acerca dos desafios implicados no processo de reorientação da formação profissional em saúde revela-se coexistente às próprias lutas sociais pela reorientação do sistema de saúde nacional. Considerando as relações de interdependência entre paradigma de atenção à saúde e modelo de formação profissional, a modificação de práticas em saúde passa, necessariamente, pela transformação da lógica formativa que a sustenta^{1,2}. Sob essa perspectiva, a consolidação de um modelo de cuidado em saúde humanizado, interdisciplinar, intersetorial, enfim, integral inicia-se no contexto da formação profissional, através de um ensino em saúde que alcance ou/incorpore tais princípios e valores, potencializando ao sujeito da aprendizagem a vivência singular da complexidade que compõe o território de produção do cuidado³.

Nesse contexto, o paradigma da promoção da saúde desempenha importante papel. Constitui uma força dinâmica cuja expansão, desde sua proposição na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986 em Ottawa, consolidou um conjunto de valores e princípios que ampliaram a compreensão e o campo das práticas de saúde, desvelando uma perspectiva positiva e global do conceito de saúde, indissociável das ações e transformações políticas, econômicas, sociais, culturais e ecológicas⁴. Tal paradigma, cuja consolidação não prescinde de uma força de trabalho qualificada, trouxe, por sua vez, através da expansão contínua da perspectiva da promoção da saúde em diferentes cenários, políticas, programas e práticas, bem como por meio da pesquisa científica e do debate em âmbito internacional, relevantes contribuições ao processo de reorientação da formação profissional em saúde^{5,6}.

Desse modo, ao propor uma noção ampliada e multifacetada de saúde, atenta aos determinantes sociais e à necessidade de maior integração entre diferentes setores e agentes, o paradigma da promoção de saúde, constitui valiosa estratégia de reorientação da formação profissional em saúde na direção da satisfação das expectativas e necessidades atuais de saúde das populações^{5,6}. Vale assinalar, ainda, o multifacetado jogo de forças que atravessa o campo da formação em saúde, no qual diferentes projetos e interesses são colocados em disputa permanente⁷. Nesse sentido, a reorientação da formação em saúde implica em mudança por parte das instituições de ensino superior, e da relação destas com os diferentes cenários de ensino-aprendizado, incluindo os serviços de saúde que, por sua vez, apresentam também cultura e dinâmicas específicas¹.

Ressaltam-se os avanços trazidos pelo estabelecimento de dispositivos legais, como as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde¹, e as contribuições de experiências de integração ensino-serviço, como as oportunizadas pelo Programa

Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde)^{8,9,10}. Entretanto, ainda permanece como um dos principais desafios à consolidação de um modelo de formação orientado pelo paradigma biopsicossocial e de promoção da saúde, a construção de uma formação humanística, que valorize e promova a pessoa, o cuidado e se comprometa eticamente com a formação integral do profissional de saúde^{11,12}.

Sob essa perspectiva, considera-se que a aprendizagem acontece no encontro (eu-tu) e é nesse espaço intersubjetivo, inter-relacional, de alteridade que se encontra a potência do inédito, capaz de romper com processos e procedimentos padronizados e descobrir na própria realidade elementos de transformação. Trata-se, portanto, de promover a singularização do processo de formação profissional, buscando encontrar os sentidos que os acontecimentos portam, uma vez que o homem é um ser de sentido, que se realiza em comunidade, na relação com outras pessoas¹².

Nesse contexto, o Programa Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM) foi desenvolvido considerando-se a importância das experiências de vida para a formação da pessoa humana¹³. Vale ressaltar, conforme Stein¹⁴, que a pessoa atinge o estatuto de pessoa humana quando integra as três dimensões da sua estrutura fundamental, a saber: corpo, psique e espírito. A dimensão espiritual é o que diferencia o humano dos outros seres da natureza e é caracterizada pela capacidade de refletir, fazer escolhas, tomar decisões, entre outras, estando esta dimensão intrinsecamente interligada à vivência ética do ser humano diante da vida. Desse modo, para a autora não é redundância dizer pessoa humana, uma vez que muitas pessoas não atingem integralmente tal condição.

A proposta do GCSM busca promover um exercício continuado de atenção e reflexão acerca das experiências cotidianas, favorecendo o amadurecimento pessoal e a construção compartilhada de uma rede de pessoas dedicadas ao cuidado consigo mesmo e com o outro¹³. No âmbito do ensino, o programa tem como propósito colaborar no processo de formação de estudantes e de capacitação de profissionais da saúde mental, articulando as experiências pessoais e profissionais¹⁵. O GCSM vem atuando desde 1997, na cidade de Ribeirão Preto – SP, como estratégia de ampliação e diversificação dos programas de cuidado em saúde mental e como espaço de formação profissional em saúde/saúde mental. Foi inicialmente desenvolvido no espaço do Hospital-Dia, serviço-escola vinculado ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo e desde sua criação tem se expandido para outros serviços de saúde, assim como para outras cidades¹³.

A atividade oferece um modelo para ampliação e diversificação de práticas de cuidado no campo da atenção psicossocial. Estrutura-se no formato de roda de

conversa, mediada por um coordenador, tendo duração de uma hora e trinta minutos e encontra-se aberta à participação de qualquer pessoa interessada no cuidado à saúde mental, compondo-se, assim, de forma heterogênea¹³. Destaca-se que o objeto essencial de trabalho do GCSM é a “experiência cotidiana”, compreendida não como uma sucessão de fatos ou ocorrências diárias, mas como uma apropriação do vivido, que se processa através do encontro da pessoa com a própria vida, em um processo de reconhecimento permanente de si mesmo frente ao existir humano¹⁶.

Em termos do funcionamento do grupo, cada sessão grupal se processa em três momentos consecutivos e interdependentes: 1) Sarau – nesse momento os participantes são convidados a compartilhar com o grupo experiências vividas em seu contato com o universo cultural, incluindo produções artísticas, literárias, jornalísticas, etc. O foco não é simplesmente a exposição de obras ou produções, mas o exercício de reflexão e apropriação das experiências construídas por meio do encontro da pessoa com a cultura; 2) Relato de Experiências – esse momento compreende o compartilhamento de experiências pessoais, no qual os participantes são estimulados a um exercício de aproximação, elaboração e aproveitamento dos acontecimentos cotidianos, a partir de seu próprio relato ou da escuta do relato do outro; 3) Elaboração do Trabalho Grupal – nesse último momento se realiza um fechamento do trabalho, através de uma reflexão acerca das repercussões pessoais do que foi vivenciado no grupo, ou seja, uma atenção às experiências que ocorreram no próprio grupo, incentivando os participantes a se apropriarem não apenas do que foi construído no espaço do grupo, mas também da proposta de trabalho de atenção às experiências cotidianas¹³.

Anualmente ocorre um evento denominado “Encontro Comunitário de Saúde Mental”, que reúne os participantes de vários Grupos Comunitários realizados ao longo do ano e as pessoas interessadas no cuidado à pessoa e à saúde mental. Ao início de cada ano, define-se um eixo temático, articulado aos objetivos gerais do programa, auxiliando na compreensão dos objetivos do trabalho e favorecendo a operatividade dos grupos em relação à tarefa. Ressalta-se que o GCSM encontra-se assentado em uma lógica de horizontalidade de relações, ou seja, todos os participantes que chegam ao espaço do grupo são convidados a participar como protagonistas e construtores do trabalho grupal, não havendo diferenciação de posições ou funções entre seus integrantes em relação à tarefa¹³.

Por suas características e especificidades, o GCSM representa uma proposta teórico-metodológica inovadora de grupo no campo da promoção da saúde mental, que vem se consolidando historicamente como espaço de cuidado, ensino e pesquisa. Sob essa perspectiva e considerando que o GCSM, como cenário de aprendizagem e formação profissional, recebe estudantes de diferentes áreas da saúde,

o presente estudo teve como objetivo: compreender as ressonâncias e desdobramentos, no percurso de formação profissional, da participação de estudantes e profissionais em formação em saúde/saúde mental no Programa GCSM.

MATERIAL E MÉTODOS

Essa pesquisa encontra-se ancorada no referencial qualitativo, sendo este compreendido como um processo construtivo-interpretativo, em que o pesquisador interage com o momento empírico para construir conhecimento¹⁷. Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória, que utilizou como método a Análise de Conteúdo Temática, que se encontra estruturada em três etapas: a) Pré-análise – consiste na leitura flutuante e exaustiva do conteúdo e identificação dos significados centrais; b) Exploração do Material – compreende a codificação do material pesquisado por meio de recortes, agregação e enumeração, visando uma representação significativa do conteúdo; c) Tratamento dos Resultados e Interpretação – abarca o processo de categorização dos resultados e construção de inferências e interpretações, por meio da articulação com o corpo teórico. Em relação ao presente estudo realizou-se um diálogo com autores que abordam a questão da formação na área da saúde/saúde mental, visando localizar suas bases teóricas e possibilidades de contribuições¹⁸.

O contexto da pesquisa foi o Hospital-Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Tal escolha baseou-se no fato do mesmo ser um serviço-escola que recebe estudantes e profissionais em processo de formação em saúde/saúde mental e por representar o lugar de criação do GCSM, que se encontra consolidado nesse espaço, integrando as atividades rotineiras do serviço. Participaram desta pesquisa estudantes das áreas de Enfermagem (3 graduandos), Terapia Ocupacional (1 graduando) e Fisioterapia (1 graduando); e profissionais em formação das áreas de Psicologia (1 aprimorando de Saúde Mental), Medicina (8 residentes de Psiquiatria) e Serviço Social (uma aprimoranda de Serviço Social), totalizando 15 participantes. O critério de inclusão para participação no estudo foi ter frequentado o GCSM por no mínimo cinco encontros, possuindo assim, certo grau de conhecimento da proposta. O corpus do estudo foi constituído por entrevistas abertas e individuais, audiogravadas e transcritas na íntegra. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo (CAAE nº 42548815.3.0000.5407). Ressalta-se que os nomes utilizados neste estudo são fictícios, visando preservar a identidade dos participantes.

RESULTADOS

A partir da análise do corpus foram construídas três categorias: 1) Contextos de formação profissional em saúde; 2) Experiências de formação e (trans)formação no

espaço do GCSM; 3) Para além das fronteiras do GCSM: desdobramentos da experiência vivida. Serão utilizados recortes das entrevistas visando exemplificar e favorecer compreensão das categorias desenvolvidas.

1) Contextos de formação profissional em saúde

Esta categoria apresenta aspectos da formação profissional em saúde/saúde mental, vividos pelos estudantes e profissionais entrevistados, conforme relatos dos mesmos. Objetiva dar visibilidade aos contextos de formação dos participantes, no qual se encontra inserida sua experiência com o GCSM.

Com base nos depoimentos dos participantes, foram constituídas três subcategorias que abordam características gerais do modelo de formação profissional em saúde, vivenciado pelos mesmos, a saber:

a) *Distanciamento afetivo como “mecanismo” de enfrentamento ao sofrimento e a dor;*

Um dos aspectos apontados pelos entrevistados acerca de sua formação profissional em saúde diz respeito à presença de determinada concepção que promove, manifesta ou veladamente, a adoção do distanciamento afetivo, do outro e de si próprio, como mecanismo de enfrentamento ao sofrimento e a dor, como exemplo apresenta-se o relato abaixo.

“Durante a graduação a gente, em vários momentos, tem isso reforçado, que a gente não pode entrar em contato com o que a gente sente e tal, porque as profissões da saúde são de muito sofrimento e a gente acaba convivendo muito com o sofrimento do paciente e, em vários momentos, a gente é até estimulado a se afastar disso [...] Muitas vezes, muitas pessoas até são punidas, quando, por exemplo, demonstra tristeza ou algo assim, durante um estágio [...] de professor falar, por exemplo, que a gente tem que saber lidar e que não pode se abalar com as coisas, isso várias vezes” (Luana, graduanda de Enfermagem do 4º ano).

Observa-se uma percepção e avaliação de conotação negativa acerca da expressão de afetos por parte dos estudantes, especialmente em seu contato com os pacientes. Tal expressão afetiva é entendida como sinal de “fraqueza”, vulnerabilidade, falha e até mesmo abordada sob uma lógica “punitiva”, conforme destacado por Luana. Nota-se que o contato dos estudantes com suas emoções e sentimentos, em meio ao processo de cuidar é “desaconselhado” pelo docente, sendo o distanciamento afetivo adotado como principal estratégia de enfrentamento. Destaca-se, ainda, a ausência de abertura para maior problematização acerca do sofrimento e da dor como vivências humanas, o que poderia ampliar os recursos e estratégias de enfrentamento por parte de estudantes e profissionais de saúde.

b) *Pouca atenção à subjetividade da pessoa em formação profissional;*

Os estudantes e profissionais em formação apontaram a ênfase, no processo de aprendizado, da dimensão técnica e objetiva do conhecimento, em detrimento da dimensão relacional e subjetiva. O caso relatado abaixo, vivido durante uma situação de estágio na graduação em medicina é ilustrativo desse processo.

“[...] uma vez eu tinha uma mãe de um paciente meu, ele tinha acho que menos de um ano e ele tinha paralisia cerebral e ele praticamente não tinha quase nada de cérebro [...] e aí eu lembro de ver o tanto que a mãe se dedicava e tava lá cuidando do filho e o prognóstico do bebê era chegar no máximo, sei lá, dois anos [...] eu ficava pensando assim ‘nossa, coitado dele e coitado dela porque não tem...’ e não conseguia ver esse outro lado de que cada dia pra ela tava sendo uma vitória, de que ela queria aproveitar ao máximo o tempo que ela tivesse com o filho dela [...] Eu ficava pensando assim, ‘mas o que que a gente tá fazendo por esse bebezinho? Eu não tô fazendo nada, ele só tá aqui, dorme, acorda e mama’. Então, pra mim aquilo era pouco, pra ela aquilo era muito[...] no fim das contas o que eu discutia com meu supervisor era meio ali só a doença. O resto do que tava acontecendo, esse incômodo que eu gerava, a tristeza que eu ficava ou essa atitude da mãe, isso não era assunto” (Jorge, médico, residente de Psiquiatria do 3º ano).

A experiência descrita por Jorge revela uma ausência de espaço na relação professor-aluno, para a discussão dos aspectos emocionais vivenciados pelo estudante na prática do cuidado em saúde. Observa-se uma ênfase na dimensão biológica do adoecimento e uma valorização do domínio técnico-instrumental do saber, enquanto a subjetividade e intersubjetividade parecem ser vistas como entraves, não havendo um reconhecimento das mesmas como dimensões fundamentais do cuidado em saúde. Ressalta-se a falta da integração da dimensão relacional-afetiva ao processo de aprendizagem técnica, deste modo os estudantes, como no caso de Jorge, carecem de uma escuta que ajude a lidar com as próprias vivências emocionais, bem como compreender e lidar com as vivências daqueles com quem entram em contato nas práticas em saúde.

c) *Concepção de cuidado técnico-centrada*

No que tange a compreensão e abordagem do processo de cuidado em saúde, os participantes apontaram a predominância de uma visão técnico-centrada em sua formação, ou seja, há uma ênfase na dimensão técnica do cuidado e em seu domínio pelo profissional, como revela o depoimento seguinte.

“É um modelo médico, bem estruturado em medicação, estruturado em que o médico que orienta o paciente, o médico que prescreve a medicação, que prescreve o tratamento e o paciente tem que seguir o tratamento, tem que obedecer, tem que seguir as orientações. É basicamente essa a formação, de você que é o papel

ativo ali, né, você que vai curar o paciente. É uma responsabilidade que meio que acaba sendo sua. [...] Eu acho que na graduação é basicamente esse modelo que você aprende, é: estudar, saber tudo, que se você souber tudo, você consegue curar a outra pessoa. [...] Lógico, tem alguns casos que pra você se sentir bem, né: o seu paciente morre, 'ah, é culpa dele', ele não seguiu o tratamento ou é culpa da doença, que evoluiu, mas você conseguiu fazer a sua parte. Eu acho que é uma proteção pra gente na graduação, pro nosso jeito de ser, receber o controle de tudo” (Miguel, médico, residente de Psiquiatria do 1º ano).

O relato de Miguel desvela uma concepção unilateral e hierárquica do processo de cuidado em saúde, segundo a qual os conhecimentos, recursos e potenciais de ajuda estão concentrados nas mãos do profissional de saúde, enquanto ao paciente cabe seguir as prescrições deste, visando sua melhora. Nota-se um processo reducionista de cuidado focado em sua dimensão técnica, bastando ao profissional o domínio técnico para que o cuidado ocorra. Ao mesmo tempo, percebe-se uma idealização da figura do profissional de saúde, concebido como “são”, “potente”, “onipotente” e conseqüente redução dos potenciais do paciente, visto como figura passiva. Paradoxalmente tal idealização revela uma carência de recursos humanos do profissional de saúde para lidar com situações que transcendem a ação técnica e lhe escapam ao “controle”, como o encontro com a dor e a morte. Tal processo desvela um contexto formativo que, de modo geral, não apresenta uma inserção sistematizada, no processo de ensino-aprendizagem, de estratégias e cenários que promovam o desenvolvimento de recursos e habilidades emocionais e relacionais por parte dos sujeitos em processo de formação profissional.

Destaca-se que as características descritas anteriormente foram apontadas pelos entrevistados como predominantes no contexto de formação profissional em saúde/saúde mental, o que não significa que a formação recebida tenha sido reduzida às mesmas. Observou-se que tais aspectos ocupam um lugar hegemônico na formação profissional, embora se encontrem em tensão permanente com outras perspectivas, direcionadas por uma visão mais humanística, entre as quais pode ser inserida a experiência dos participantes com o GCSM.

2) Experiências de formação e (trans)formação no espaço do GCSM

Nesta categoria são apresentadas as experiências dos estudantes e profissionais em formação profissional, vividas no espaço do GCSM, assim como suas impressões e percepções em relação à vivência do programa. Os primeiros contatos dos participantes com o GCSM foram marcados por um estranhamento, especialmente em relação a sua estrutura organizativa e proposta de funcionamento e participação, como revelam os relatos abaixo.

“A princípio, eu achei um pouco estranho, eu não tava acostumada com a dinâmica assim. É... principalmente, porque eu já conhecia os pacientes do serviço, mas a maioria são pacientes de fora. Então, assim, era um pessoal que eu não conhecia, é um grupo que tem bastante gente, né, diferente dos outros e aí quando veio a parte, a participação, né: ‘eu vou ler alguma coisa que eu trouxe’ (se referindo ao momento do Sarau), eu achei uma dinâmica diferente do que eu já tinha visto até o momento” (Natália, graduanda de Enfermagem do 4º ano).

“Foi diferente, porque era um grupo que eu não me via como residente. Eu não sabia muito bem o que fazer, como interpretar as coisas porque tinha alguns pacientes meus lá, mas eu sabia que eu não tinha que ver eles de um jeito de paciente, eu tinha que ver eles de um jeito de participante, como eu tava. Então, eu achei meio diferente por causa disso e de como ouvir essas contribuições, sabe, como interpretar, como levar isso pra mim, porque uma coisa é você ouvir num grupo operativo e você interpretar, pra tentar mostrar pro paciente o que que ele falou e outra coisa é você ouvir pra tentar pegar pra você” (Miguel, médico, residente de Psiquiatria do 1º ano).

Ao chegarem ao GCSM, os participantes se deparam com um grupo aberto, que recebe não apenas pacientes em tratamento, mas também pacientes de pós-alta, familiares, profissionais e pessoas da comunidade, o que o distingue de outros grupos do serviço que são fechados à participação da comunidade. Outro fator que gera estranhamento diz respeito à forma como o GCSM está organizado, ou seja, à sua divisão em três momentos, que compreendem: Sarau, Relato de Experiências e Elaboração do Trabalho Grupal. Percebe-se uma dificuldade inicial de compreensão em relação ao desenvolvimento e às finalidades de cada um desses momentos.

Foram observadas, ainda, dificuldades iniciais de compreensão e ambientação com a dinâmica de participação no espaço do grupo. Importante considerar que os estudantes e profissionais em formação chegam ao GCSM com algumas concepções a respeito da coordenação e dinâmica de participação em grupos de saúde mental, voltados para levantamento de problemas e busca pela resolução dos mesmos, com destaque para a centralização do papel do coordenador e a marcada diferenciação entre profissional e paciente. Ao se depararem com a proposta do GCSM, de promoção de saúde mental através da valorização das experiências cotidianas, se veem confrontados com um modelo que propõe uma perspectiva de interação horizontal entre os participantes, rompendo com os limites entre aquele que ajuda e aquele que é ajudado no grupo, uma vez que todos têm experiências e podem compartilhá-las. Nesse sentido, observa-se uma dificuldade inicial que envolve a compreensão da proposta, a maneira de vivenciá-la e de se posicionar diante de um espaço que apresenta um novo modelo de cuidado em saúde mental.

Com o passar do tempo, participando mais sistematicamente do GCSM, os participantes puderam ampliar sua compreensão, e expandir suas possibilidades de apropriação e vivência da proposta.

“Assim, no meu R1 (1º ano de residência médica em Psiquiatria), eu ainda me sentia como residente, como uma residente que tava ali, tinha essa separação, tinha os pacientes, tinha as pessoas que vinham de fora, tinham ex-pacientes, tinham os profissionais. Agora no R2 (2º ano de residência médica em Psiquiatria) eu consegui diminuir isso, eu me via mais como uma participante, mais como uma pessoa que poderia ouvir de forma diferente o que as pessoas traziam e também falar de forma diferente sobre experiências que eu tive, ou pelo menos de ouvir. Agora que eu passei no R2 eu achei que facilita a questão do amadurecimento, a questão de ver aquele espaço como um ambiente diferente, [...] ver aquele espaço como um encontro, simplesmente isso, um encontro de pessoas pra um cuidado” (Roberta, médica, residente de Psiquiatria do 2º ano).

“Eu acho que tem aspectos muito interessantes, assim, né, de você se colocar em uma posição de... de experimentar um modelo diferente, assim, não ficar só na sua zona de conforto, dos modelos que você tá acostumado. Eu acho que tem, às vezes, um sentimento de exposição, né, porque normalmente a gente não fala das nossas próprias experiências na frente dos pacientes, né. Tem, às vezes, um sentimento de timidez, pra mim né... mas tem o outro lado que, quando a gente consegue lidar com esse sentimento assim e participar, a despeito de ter esse sentimento também, eu acho que é muito positivo, assim das vezes que eu contribuí, que eu trouxe experiências minhas, eu senti que foi muito interessante, ver como que o olhar das outras pessoas pra aquilo que eu tava trazendo modificava a experiência que eu tinha tido com aquilo” (João, psicólogo, aprimorando de Saúde Mental).

Importante ressaltar os desafios vivenciados pelos entrevistados em seu contato com um modelo de grupo distinto das experiências vividas anteriormente em seu processo formativo, cuja estrutura convida os estudantes e profissionais a uma proximidade e troca interpessoal que habitualmente não encontram em um contexto tradicional de aprendizagem. Sob essa perspectiva é fundamental uma abertura dos participantes, no sentido de se permitirem experimentar uma vivência diferente do cuidado e da aprendizagem do cuidado em saúde mental.

Nesse processo, alguns elementos podem ser reconhecidos como facilitadores, incluindo: a capacidade de transcender as tradicionais demarcações dos lugares de “paciente”, “profissional”, “familiar”, entre outros e conceber os diferentes integrantes do grupo como participantes de uma mesma tarefa; a ampliação do olhar para o GCSM como espaço de encontro e cuidado entre pessoas, facilitada por uma maior compreensão e vivência sistematizada do trabalho; assim como a construção de

vínculos e de maior proximidade com o grupo. Esses elementos parecem favorecer um movimento de maior confiança, por parte dos estudantes e profissionais para se integrar e vivenciar a dinâmica de participação proposta pelo GCSM, facilitando ao mesmo tempo a apropriação do grupo como espaço de ajuda e crescimento pessoal, como revela o depoimento seguinte.

“Então, foi um aprendizado muito grande, de humildade, de aprender muito com a experiência do outro, de ampliar, né, meu olhar pras pessoas. [...] por exemplo, você ouve histórias que você não concebe, você jamais conceberia que isso existia, que isso poderia existir; você ouve maneiras de se ver, maneiras de lidar com as coisas, que você simplesmente não sabia. De repente eu falava ‘nossa, será que eu não posso usar disso pra mim? Será que eu não posso fazer igual a outra pessoa faz? Olha que bacana’. Eu acho que é se encantar assim, se encantar com a possibilidade que você não sabia que existia e que o outro te traz” (Rodrigo, médico, residente de Psiquiatria do 2º ano).

O depoimento de Rodrigo desvela um fator importante, no que se refere à experiência vivida pelos estudantes e profissionais no contexto do GCSM, que diz respeito a uma ampliação das possibilidades de encontro e maneiras de estar com o outro no âmbito do cuidado à saúde/saúde mental. O modelo proposto pelo GCSM, voltado para o exercício de atenção à experiência cotidiana, com base na promoção do encontro humano, parece favorecer ao sujeito que se encontra em processo de formação um contato maior com aquilo que lhe caracteriza como ser humano. Esse resgate ou atenção sistematizada à dimensão humana, que aproxima os integrantes do grupo contribui para a construção de relações de maior reciprocidade e troca, em que tanto é possível oferecer como receber ajuda do outro.

No contexto da aprendizagem profissional em saúde, tal processo parece oportunizar uma ressignificação do papel e do valor do outro nas relações de cuidado, revelando a potencialidade contida no outro para contribuir com e enriquecer a própria experiência do profissional. Além disso, a horizontalidade de relações vividas no espaço do GCSM parece colaborar para uma desconstrução da visão idealizada do profissional de saúde, conforme sugere o relato a seguir.

“Eu sentia que isso pra mim era uma coisa importante, me sentir dentro do Grupo Comunitário, próximo das pessoas que tão ali, entendeu. Eu acho que tira um pouco da, dessa coisa minha, da minha formação, dessa assimetria, assim, da relação de profissional de saúde e paciente. É uma coisa que os papéis meio que se misturam ali, né. Isso, por um lado pode ser muito complicado de se entender, mas por outro lado pode trazer muito ganho pra gente, entende, à medida em que você tem mais contato com seu lado não tão sadio, à medida em que você é capaz

de ver mais saúde nas pessoas que estão se tratando, à medida em que você vê que tem muitos pacientes que, numa série de aspectos, numa série de vezes são muito mais saudáveis que você mesmo” (Rodrigo, médico, residente de Psiquiatria do 2º ano).

A mudança de lugar por parte dos estudantes e profissionais, ao experimentarem outras posições no espaço do GCSM, diferentes daquelas que tradicionalmente ocupam em suas experiências formativas parece favorecer uma ampliação da consciência acerca de si mesmo e do outro. Na medida em que os participantes conseguem experimentar maior proximidade em relação ao outro, bem como entrar em contato com suas próprias fragilidades e limitações, se processa um movimento de ruptura, em relação aos estereótipos construídos em torno da figura do profissional de saúde, como alguém “saudável”, que “não tem problemas ou fragilidades”, que “tem soluções para os problemas dos outros”, enfim, com a visão do profissional onipotente. Essa percepção mais realista acerca de si mesmo favorece uma abertura a novas possibilidades de compreensão e de relação consigo mesmo e com o outro, tomando como base o encontro com sua própria condição humana, ou seja, com as fragilidades e potências que tal condição encerra em si.

3) Para além das fronteiras do GCSM: desdobramentos da experiência vivida

Nesta categoria são abordados, os desdobramentos e repercussões da experiência vivida com o GCSM no percurso de formação em saúde/saúde mental e também em outros contextos. Os entrevistados apontaram como uma das repercussões da experiência vivida com o GCSM, uma ampliação do olhar acerca da realidade do cotidiano profissional e descoberta de novas possibilidades de vivência do mesmo, como explicita o relato abaixo.

“Eu acho que um aprendizado, né, um aprendizado de um olhar diferente do que tá acontecendo no dia-a-dia, tanto pra minha própria história, quanto pro paciente que tá ali comigo, uma atenção diferente pro que tá acontecendo no trabalho, trabalho em equipe, trabalho com o paciente, eu acho que principalmente, isso. E uma coisa de juntar, de entender que tem suas dificuldades, mas no meio daquela dificuldade, se eu tiver a capacidade de enxergar aquilo como uma fonte de aprendizado e de que não é só a dificuldade que tá ali, de como tudo na vida tem uma parte boa e uma parte ruim e se eu conseguir ver além da parte ruim, eu consigo ver a parte boa também e isso vai equilibrar, numa balança e tornar o meu trabalho mais suportável, porque também lidar com o sofrimento todo dia é difícil” (Jorge, médico, residente de Psiquiatria do 3º ano).

Foi possível observar que o exercício de atenção às experiências cotidianas, proposto pelo GCSM, amplia os modos de perceber e se colocar em contato com o cotidiano

profissional, na medida em que favorece, por parte do estudante/profissional em formação, a construção de um olhar mais cuidadoso para a diversidade e riqueza de facetas da realidade, das pessoas, da prática profissional. Esse olhar que penetra a realidade, sensível ao que esta porta de dificuldades e potencialidades amplia os potenciais de ação do profissional, favorecendo a construção de estratégias mais positivas de enfrentamento aos desafios cotidianos.

Ao mesmo tempo, essa percepção da realidade multifacetada parece favorecer, também, uma ampliação das possibilidades de expressão e ação do profissional em sua prática cotidiana, como se observa no relato seguinte.

“Um impacto que eu percebo é você, [...] de você ter um modelo diferente, de você sair um pouco do seu quadrado, assim, do jeito que você já tá acostumado a fazer as coisas, você ver que tem novas possibilidades. [...] Você pode ousar, você pode mudar, você pode experimentar outros modelos, você pode experimentar outros jeitos de trabalhar, ou de participar, ou de tá num atendimento” (João, psicólogo, aprimorando de Saúde Mental).

O depoimento de João revela uma expansão da percepção para a diversidade de possibilidades de expressão e atuação profissional no campo da saúde mental. Nota-se que o contato com um modelo diferente de cuidado em saúde mental favorece uma maior problematização acerca dos modelos ou modos tradicionais de atuação no campo da saúde/saúde mental. Tal processo propicia maior consciência por parte do estudante/profissional acerca do seu fazer e das características do seu fazer em saúde, e amplia as fronteiras do já conhecido, abrindo espaço para maior espontaneidade e liberdade criativa, o que permite ao profissional (se) reinventar (em) seu cotidiano profissional.

Concomitantemente às repercussões da participação no programa GCSM no contexto de aprendizagem e atuação profissional, os participantes apontaram também desdobramentos da mesma na esfera pessoal. Assim, a apropriação da proposta de atenção às experiências cotidianas foi percebida como uma estratégia de autocuidado, como se observa a seguir.

“Uma coisa que eu comecei a levar pra outros espaços e que talvez o espaço do Grupo Comunitário tenha me ajudado é ter esse olhar diferente sobre as mesmas situações. Por mais que a gente fale, ‘nossa, que clichê’, mas é uma coisa difícil de ter, uma coisa difícil e que quando eu tava lá e ouvia as pessoas falando de situações, às vezes banais do dia-a-dia, de uma outra forma, quando eu tava passando essas situações, não parecidas, mas qualquer situação que me gerasse angústia, que me gerasse tristeza, ou que eu ficasse estressada, irritada, eu comecei a tentar amenizar isso e começar a ter um outro olhar pra aquilo que tava acontecendo” (Roberta, residente de Psiquiatria do 2º ano).

“É mais de ser uma coisa que eu acho que me ajuda a

me sentir bem, a lidar com as coisas, enriquece a minha vida de experiências positivas e me ajuda inclusive em horas difíceis. É uma estratégia que me ajuda. Então, eu me sinto bem quando estou lá, consigo perceber isso me ajudando em outros momentos [...] Em vários momentos, em que eu me peguei percebendo coisas ao redor de mim, coisas que, às vezes, já aconteciam antes, mas eu não percebia ou não valorizava, eu acho que isso me ajudou, me ajudou a trazer mais significado pras coisas que eu tô vivendo” (Clara, médica, residente de Psiquiatria do 3º ano).

Nota-se, a partir da apropriação da proposta feita pelo GCSM uma expansão ou diversificação das possibilidades de compreensão dos acontecimentos da vida, na medida em que o trabalho favorece um olhar mais atento para as vivências do dia-a-dia e para os sentidos dados a tais vivências. Destaca-se, ainda, o potencial contido em tal modelo, como estratégia de autocuidado e promoção de saúde mental, uma vez que amplia as estratégias de enfrentamento às dificuldades e desafios da vida e revela novas perspectivas e modos de viver.

DISCUSSÃO

O lugar da pessoa humana no processo de formação profissional em saúde

Com base na análise do corpus foi possível observar, em relação às experiências de formação profissional em saúde, descritas pelos participantes dessa pesquisa, uma dificuldade de integração entre as dimensões técnica-instrumental e relacional-afetiva do cuidado. Observa-se a existência de um contexto formativo predominantemente centrado nos aspectos técnico-científicos, com pouco espaço para problematizar e compreender a vivência de encontro com o outro, bem como para acolher os aspectos emocionais dos estudantes em meio à aprendizagem e ao desenvolvimento de práticas de saúde. Nesse sentido, a adoção do distanciamento afetivo como estratégia de enfrentamento e proteção, diante de situações de sofrimento intenso ou que escapam ao controle humano, se mostra sugestiva de uma carência, no contexto formativo, de cenários e espaços de ensino-aprendizagem que promovam o desenvolvimento de habilidades e atributos próprios à condição humana, como a sensibilidade, a empatia, a afetividade, a solidariedade, entre outros.

Nota-se um risco de restringir o cuidado e a prática do profissional de saúde à ação técnica, assim como um reducionismo do lugar ocupado pela pessoa humana no processo de formação profissional. Tradicionalmente, a inserção do sujeito no contexto de formação profissional tem se dado na condição daquele sobre o qual incidem os programas e projetos pedagógicos, sujeito esse que deverá ser “moldado” ao longo do percurso de aprendizagem profissional, por meio de estratégias e práticas de ensino, visando sua conformação a determinado modelo

profissional¹¹. Apesar das modificações empreendidas pela crescente utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem no ensino superior, que buscam promover a participação ativa do sujeito cognoscente no processo formativo¹⁹, permanece como desafio a construção de um olhar mais integral para a pessoa humana que se encontra em processo de formação profissional, nas diferentes dimensões que a constituem^{3,12}.

Conforme destacam Finkler e Negreiros¹¹, embora se trabalhe hoje nos cursos de graduação em saúde com a noção de “competência profissional”, a qual abrange conhecimentos, habilidades e atitudes, o foco ainda se encontra predominantemente sobre os conhecimentos técnico-científicos e habilidades práticas, permanecendo a esfera “subjetiva” pouco compreendida e valorizada. Nesse sentido, o olhar para a subjetividade do sujeito que se encontra em processo de formação parece ocupar lugar secundário, sendo a mesma minimizada, vista como empecilho ou invisibilizada ao longo da aprendizagem profissional.

Ressalta-se ainda, a permanência da racionalidade biomédica, que atravessa as práticas de ensino-aprendizagem e se revela por meio da centralidade conferida às dimensões técnica-instrumental, biológica e objetiva do saber, tanto nos processos de ensinar e aprender como de avaliação da aprendizagem^{12,20}. Tal racionalidade ajuda a compreender a predominância, observada na presente pesquisa, de uma concepção de cuidado técnico-centrada. A mesma se manifestou na forma de uma ênfase na formação profissional sobre o domínio técnico, reconhecido como elemento central para o desenvolvimento do cuidado. Ao mesmo tempo, semelhante domínio foi reconhecido como o fator que confere “autoridade” ao profissional de saúde, revelando uma concepção idealizada e hierarquizada das relações entre profissional e paciente.

Tal concepção remete ao que Merhy²¹ aponta como a perda da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais de saúde, na medida em que o uso de tecnologias, equipamentos e procedimentos técnicos assume primazia sobre a escuta e o acolhimento do paciente. Segundo o autor, para empreender a mudança no modelo de cuidado é indispensável adotar uma lógica de atenção à saúde usuário-centrada, com valorização das denominadas “tecnologias leves”, próprias aos relacionamentos e interações sociais, e que privilegiem a escuta, o acolhimento e o respeito ao outro. Porém, para atuar sob essa lógica, se faz indispensável a adoção de práticas de ensino usuário-centradas, que desde a graduação favoreçam a abertura do estudante para as sensações e emoções que emergem em seu contato com o outro, atentando-se para as possibilidades de “*experenciações*” do cuidado e de si, como oportunidades de desenvolvimento humano, tanto de si quanto do outro²². Neste contexto, ressalta-se a importância da formação em saúde integrar a dimensão da promoção da saúde ao processo educativo, criando nas relações de ensino-

aprendizagem oportunidades do estudante vivenciar o autocuidado e o cuidado ao outro de forma ampliada⁶.

O GCSM como dispositivo de formação profissional: centralidade da pessoa humana no cuidado e formação em saúde

Ressalta-se que o GCSM, objeto do presente estudo, integra um movimento mais amplo de valorização dos sentidos humanos do cuidado e da integração ensino-serviço, como componentes essenciais para a reorientação da formação profissional em saúde. Nesse sentido, torna-se importante considerar o processo de transição paradigmática pelo qual atravessa as áreas da atenção e formação em saúde, reconhecendo que existem pontos de avanço e retrocesso, não tendo sido possível ainda alcançar um ponto de equilíbrio e integração, sendo necessário destacar também a influência das políticas públicas, das lutas sociais e do conhecimento científico sobre a transformação do campo²³. A consideração desse contexto mais amplo é indispensável à compreensão das repercussões e desdobramentos do programa GCSM na formação profissional de estudantes e profissionais.

Torna-se necessário também considerar que o GCSM constitui um modelo inovador de cuidado em saúde mental e, portanto, apresenta especificidades e uma complexidade inerente à sua proposta de trabalho. Sob esse contexto, foi possível perceber, em relação aos participantes dessa pesquisa, uma dificuldade inicial de se colocarem num lugar diferente daquele, tradicionalmente, aprendido e ocupado em seu processo de formação profissional, ou seja, centrado em determinados posicionamentos e condutas que afirmam a centralidade e autoridade do profissional, de seu saber e de sua ação no cuidado em saúde/saúde mental. Além disso, o fato de os estudantes e profissionais serem inseridos no grupo na mesma condição dos demais integrantes, sendo convidados a vivenciar pessoalmente, e não apenas tecnicamente o trabalho, rompe com uma lógica formativa que de modo geral não olha integralmente para o sujeito que se encontra em formação profissional, cindindo cognição/emoção, objetividade/subjetividade, saúde/doença e pessoa/profissional. Nesse sentido, a experiência vivida pelos participantes no espaço do GCSM representou, sobretudo, a experimentação de outro lugar de formação profissional, em que o sujeito é convidado a participar da construção de seu próprio processo de formação, ao mesmo tempo em que se constrói como pessoa humana, em meio ao encontro com outras pessoas.

Destacam-se dois pontos relevantes da metodologia do GCSM, essenciais para a compreensão das vivências descritas pelos estudantes e profissionais entrevistados: 1) A centralidade da vivência humana – na medida em que o trabalho desenvolvido pelo grupo tem como foco a experiência humana, os estudantes/profissionais que chegam ao espaço podem (se) experimentar (n)esse novo modelo, sendo afetados e afetando o trabalho, ou seja, a experiência

aparece, como “elemento dinamizador da formação”²⁴, permitindo ao aprendiz produzir-se em formação, em meio aquilo que é vivido, sentido e significado; 2) A centralidade da pessoa humana nas relações de cuidado – o modelo de cuidado proposto pelo GCSM encontra-se assentado em uma lógica de horizontalidade de relações, que coloca todos os integrantes na condição de protagonistas do cuidado em saúde. Semelhante estrutura parece favorecer maior proximidade dos integrantes do grupo com sua própria condição humana, assim como o encontro com a condição humana do outro, no que esta contém de potencialidades e fragilidades, o que, por sua vez, rompe com um modelo de relação profissional-paciente impessoal, hierarquizada e afetivamente distanciada.

Nesse sentido, aponta-se como repercussão da participação dos estudantes e profissionais no GCSM, uma ampliação do olhar para novas possibilidades de compreensão e desenvolvimento do cuidado de si e do outro, remetendo, ao que Abrahão e Merhy²⁴ definem como a “biopotência” do encontro humano no processo de produção do cuidado em saúde, sendo essa compreendida como a possibilidade, contida no contato com o outro de produzir, de potencializar a vida. Nota-se um alargamento da perspectiva do cuidado, de ato puramente técnico para produção de encontros, subjetivação e vida. Semelhante percepção amplia também os contornos do fazer em saúde, expandindo o território das ações, particularmente, no que tange ao fator qualitativo, pois interessa o significado que o uso de diferentes recursos e tecnologias de saúde adquire perante a existência do outro²⁵.

Ressalta-se o potencial transformador contido nesta perspectiva de fazer com e não pelo outro. Ao favorecer a troca de experiências, a reciprocidade de relações, colocando todos os participantes em uma condição de protagonismo e colaboração ativa no trabalho, o GCSM atualiza uma dimensão essencial da promoção de saúde que consiste na adoção de uma abordagem colaborativa, participativa e integrada para o desenvolvimento de ações em saúde⁵. Importante resgatar a compreensão apresentada na Carta de Ottawa⁴ a respeito dos profissionais de saúde como mediadores entre os diferentes atores no campo da saúde. Desse modo, proporcionar espaços de aprendizagem, ao longo da formação profissional, que oportunizem aos futuros profissionais entrar em contato, compreender e, principalmente, reconhecer o valor que cada ser humano porta em si amplia as possibilidades de mediação do profissional de saúde, tornando-o mais sensível para o reconhecimento das necessidades e potencialidades contidas nas pessoas e nos contextos das práticas de saúde.

Observa-se, ainda, como repercussão da exposição e vivência dos estudantes e profissionais entrevistados à metodologia do GCSM, o resgate e o reconhecimento da potência do existir humano, que só se atualiza no encontro com o outro, com destaque para o convite, contido na proposta de trabalho do grupo, de transitar por diferentes

espaços existenciais, produzindo relações de afecção, em meio à tarefa de produzir (se) no cotidiano, inclusive profissional. Semelhante olhar para a complexidade e multiplicidade dos modos de ser/existir humanos parece contribuir para uma ampliação das possibilidades de ser/estar em um cotidiano profissional, conforme evidenciaram depoimentos dos entrevistados, atualizando a potência criativa do fazer em saúde, que permite ao profissional explorar novas formas de produzir (se) com o outro.

Para Abrahão e Merhy²⁴, a criatividade faz parte dos encontros intercessores, ou seja, o gesto criativo nasce em meio ao movimento da vida humana, em suas infinitas possibilidades de expressão. No campo da formação em saúde, os autores destacam a importância de se produzir rupturas nos modos rígidos e cristalizados do agir pedagógico, abrindo espaço para a emergência do gesto espontâneo, para novas e criativas maneiras de ensinar e aprender, de cuidar de si e do outro, nos encontros vivos produzidos entre estudantes, professores, usuários e profissionais. Observa-se que tal espontaneidade e liberdade criativa no processo de aprendizagem e exercício profissional, ampliam não apenas as possibilidades e maneiras de desenvolver o cuidado em saúde/saúde mental, como expandem também as estratégias de enfrentamento utilizadas pelo estudante/profissional para lidar com as dificuldades e necessidades que surgem no cotidiano dos serviços de saúde.

Nesse contexto, o olhar interessado e implicado para as experiências do cotidiano humano, como propõe o GCSM, foi apontado pelos entrevistados como uma fonte de aprendizado transposta para seu cotidiano de formação/atuação profissional, que lhes permite desenvolver novas e diferentes maneiras de olhar, pensar, vivenciar a realidade e demandas do serviço, assim como as relações estabelecidas nesse espaço, criando estratégias diversas, modos de ser/estar e se posicionar frente à mesma, que auxiliam tanto no cuidado prestado ao outro, quanto na atenção à sua própria saúde e bem-estar, durante o exercício profissional. Sob essa perspectiva, conforme destacado por Merhy²⁶, remete-se à importância da construção de arranjos e contextos que promovam o cuidado e autocuidado dos profissionais de saúde/saúde mental, considerando o grande dispêndio de energia e vida experimentado pelos mesmos. O autor chama a atenção para os processos de exaustão e tristeza, vividos por muitos profissionais de saúde, em seu cotidiano profissional, na medida em que os mesmos, ao oferecerem alívio às dores e sofrimentos dos outros, não encontram espaços para o alívio de suas próprias tensões.

Destaca-se, portanto, a importância de programas que ofereçam, desde o início do processo de formação em saúde/saúde mental, um espaço de aprendizado que envolva o acolhimento, cuidado e apoio social aos estudantes, profissionais em formação e inclusive profissionais já formados²⁴. Considera-se, assim, conforme preconizado pelo paradigma da promoção da saúde, que as pessoas constituem o principal recurso para a saúde, uma vez que,

é no encontro entre pessoas que se processa o “fazer” em saúde⁴. Ressalta-se a relevância de uma formação que colabore para que a pessoa atinja o estatuto de pessoa humana, que reafirme o compromisso com os valores humanos e contribua para a consolidação de uma concepção integral da pessoa e da vida, base para uma atenção integral à saúde de indivíduos e populações^{5,6}. Sob essa perspectiva, torna-se necessário reconhecer a subjetividade e intersubjetividade nas relações de ensino-aprendizagem como dispositivos dinâmicos de transformação da formação e prática profissionais, valorizando os espaços de encontro entre estudantes, docentes, profissionais dos serviços, usuários e comunidade como oportunidades de realização do potencial de saúde individual e coletivo, ou seja, do potencial de vida contido em cada ser²⁷.

Com base nas repercussões e desdobramentos evidenciados pela presente pesquisa, pode-se afirmar que o Programa GCSM se apresenta como espaço e estratégia de promoção da saúde mental de estudantes e profissionais em formação. Ao promover uma maior atenção e cuidado com as experiências cotidianas, e ampliar, através de semelhante exercício, a capacidade de percepção, compreensão e enfrentamento da realidade, o GCSM auxilia no desenvolvimento de recursos afetivos e relacionais, indispensáveis tanto para a produção do cuidado ao outro quanto para autocuidado do profissional, contribuindo para a humanização do cuidar no processo de formação profissional em saúde.

CONCLUSÕES

O presente estudo buscou compreender as ressonâncias e desdobramentos da participação de estudantes e profissionais em processo de formação em saúde/saúde mental no Programa GCSM, em seu percurso de formação profissional. Observou-se que a metodologia do GCSM, ao favorecer o contato vivencial da pessoa em formação profissional com uma perspectiva ampliada de cuidado, apresenta como potencialidade a experimentação de diferentes dimensões humanas do fazer em saúde: objetiva, subjetiva, emocional, sensorial, relacional, promovendo novas possibilidades de significação e ação a partir daquilo que toca o sujeito. Ao mesmo tempo, a vivência e apropriação da proposta do GCSM revelaram diferentes repercussões nas dimensões pessoais e profissionais, que sugerem uma ampliação dos modos de produzir o cuidado em saúde/saúde mental, a partir: de uma perspectiva de cuidado mais relacional, intersubjetiva, que se dá no encontro singular com o outro; da potência criativa do fazer em saúde/saúde mental; do desenvolvimento de recursos afetivos e relacionais no cuidado ao outro e a si mesmo.

Por se tratar de uma modalidade inovadora de grupo em saúde mental, são necessários novos estudos que permitam uma compreensão mais aprofundada dos

impactos dessa metodologia para a formação profissional em saúde, considerando sua inserção em diferentes contextos de formação e prática no âmbito da saúde. No entanto, considera-se que o presente estudo traz avanços

para se pensar a formação realizada em serviços-escola, contribuindo para mais ampla compreensão acerca dos desafios envolvidos na produção de uma formação humanística no campo da saúde.

Participação dos autores: *Bruna Cardoso Pinheiro* participou da elaboração da pesquisa, coleta e análise de dados, delineamento e redação do artigo e revisão final. *Sérgio Ishara* acompanhou a confecção e desenvolvimento da pesquisa, coleta e análise de dados, e participou do delineamento e redação do artigo e revisão final. *Carmen Lúcia Cardoso* orientou a confecção e desenvolvimento da pesquisa, coleta e análise de dados, delineamento e redação do artigo e revisão final.

REFERÊNCIAS

- Moreira COF, Dias MSA. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e educação. *ABCS Health Sci.* (São Paulo). 2015;40(3):300-5. doi: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v40i3.811>.
- Silva VO, Santana PMMA. Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(52):121-32. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0017>.
- Oliveira IC, Cutolo LRA. Integralidade: algumas reflexões. *Rev. bras. educ. med.* (Brasília). 2018;42(3):146-52. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20170102r1>.
- World Health Organization. Ottawa Charter for health promotion. Paper presented at the First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada; 1986 [cited 2019 March 01]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf.
- Dias S, Gama A. Promoción da saúde: evolução de um paradigma e desafios contemporâneos. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2014;16(2):307-17. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v16n2.36932>.
- Tavares MFL, Rocha RM, Bittar CML, Petersen CB, Andrade M. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. *Ciênc Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro). 2016;21(6):1799-808. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07622016>.
- Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saude Soc* (São Paulo). 2011;20(4):884-99. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007>.
- Brehmer LCF, Ramos FRS. Experiências do Programa de Reorientação da Formação Profissional na Enfermagem - avanços e desafios. *Tex Cont Enferm* (Florianópolis). 2017;26(2):e3100015. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003100015>.
- Grzybowski LS, Levandowski DC, Costa ELN. O que Aprendi com o PET? Repercussões da Inserção no SUS para a Formação Profissional. *Rev Bras Educ Med*. 2017;41(4):505-14. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n4rb20170007>.
- Gauer APM, Ferretti F, Teo CRPA, Ferraz L, Soares MCF. Ações de reorientação da formação profissional em Fisioterapia: enfoque sobre cenários de prática. *Interface* (Botucatu). 2018;22(65):565-76. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0852>.
- Finkler M, Negreiros DP. Formação x educação, deontologia x ética: repensando conceitos, reposicionando docentes. *Rev ABENO* (Brasília). 2018;18(2):37-44. doi: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v18i2.561>.
- Chaves SE, Ratto CG. Fronteiras da formação em saúde: notas sobre a potência da vulnerabilidade. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(64):189-98. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0697>.
- Ishara S, Cardoso CL. Delineamento do Grupo Comunitário de Saúde Mental. In: Ishara S, Cardoso CL, Loureiro SR. Grupo Comunitário de Saúde Mental: conceito, delineamento metodológico e estudos. Ribeirão Preto: Nova Enfim Editora; 2013. p.19-40.
- Stein E. La struttura della persona umana: corso di antropologia filosofica. Roma: Città Nuova; 2013. (Opere complete di Edith Stein; v. 14).
- Loureiro SR. Experiência de formação com graduandos no Grupo Comunitário de Saúde Mental. In: Ishara S, Cardoso CL, Loureiro SR. Grupo Comunitário de Saúde Mental: conceito, delineamento metodológico e estudos. Ribeirão Preto: Nova Enfim Editora; 2013. p.117-32.
- Rocha RMG, Cardoso CL. A experiência fenomenológica e o trabalho em grupo na saúde mental. *Psicol Soc* (Belo Horizonte). 2017;29:e165053. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i29165053>.
- Gonzalez-Rey F. Pesquisa qualitativa e subjetividade. São Paulo: Thomson; 2005.
- Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011 (Trabalho original publicado em 1977).
- Carabetta Júnior V. Metodologia ativa na educação médica. *Rev Med* (São Paulo). 2016;95(3):113-21. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v.95i3p113-121>.
- Benedetto MACD, Gallian DMC. Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(67):1197-207. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0218>.
- Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Reis AT, Santos

- AF, Campos CR, Malta DC, Merhy EE. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p.103-20.
22. Pinheiro R, Ceccim RB. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2a ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESQ/ABRASCO; 2006. p.13-35.
23. Pereira AA, Reinaldo AMS, Andrade DCL. Formação dos enfermeiros em saúde mental que atuam na atenção primária à saúde: contribuições teóricas. SANARE (Ceará). 2015;14(1):8-14 [citado 23 dez. 2019]. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/601/318>.
24. Abrahão AL, Merhy EE. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. Interface (Botucatu). 2014;18(49):313-24. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0166>.
25. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saude Soc. (São Paulo). 2004;13(3):16-29. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>.
26. Merhy EE. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: Merhy EE, Amaral H. Reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Hucitec; 2007. p.55-66.
27. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da saúde mental - tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(7):3051-60. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>.

Recebido: 28.01.19

Aceito: 07.03.19